

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DE QUÉBEC À TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
LYNA LAMY

L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE ET LA SANTÉ PERÇUE COMME
PRÉDICTEURS DE L'AUTONOMIE PSYCHOLOGIQUE
CHEZ LES PERSONNES AGÉES

JANVIER 1993

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'études avancées en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

TABLE DES MATIERES

Résumé_____	04
Autonomie Psychologique_____	06
Autonomie Fonctionnelle_____	11
Perception de la santé_____	14
Lieu de résidence_____	17
Hypothèses_____	19
Méthodologie_____	20
Sujets_____	20
Instruments de mesure_____	21
Déroulement de l'expérience_____	24
Résultats_____	25
Discussion_____	29
Conclusion_____	33
Remerciements_____	36
Références_____	37
Tableau, figures_____	44

Résumé

Actuellement, l'intervention auprès des personnes âgées en perte d'autonomie s'attarde à l'aspect fonctionnel de l'autonomie sans s'occuper de l'aspect psychologique. Cette recherche établit que l'on doit porter une attention distincte à ces deux aspects et concourir à identifier les variables qui peuvent s'avérer prédictrices de l'autonomie psychologique. Cette dernière est définie ici comme la volonté de maintenir son pouvoir de décider et d'agir.

Pour cela, 237 personnes de 65 à 99 ans ($M=75.6$ ans) ont répondu à un questionnaire de données socio-démographique, au questionnaire d'autonomie psychologique et au CTMSP. Il en ressort que chez les personnes âgées, une disponibilité des capacités physiques et mentales suffisante et une perception positive de la santé seraient des facteurs prédicteurs de l'autonomie psychologique ($F(2,234)=9,20, p=.0001$) et qu'elle varie en fonction du sexe et du lieu de résidence, alors que l'âge ne semble pas l'influencer.

Abstract

Current intervention involving elderly people with gradual loss of autonomy is mainly oriented toward the functional aspect of the person, thereby neglecting the equally important psychological dimension. This research shows that particular and distinct attention must be brought to both aspects and that efforts should be made to identify the variables that could prove predictive of psychological autonomy, defined as the will to preserve one's power to decide and to act.

For this purpose, 237 subjects aged 65 to 99 years old ($M=75.6$ years) answered a series of questionnaires concerning their socio-demographic status, their psychological autonomy and their functional autonomy (measured by the CTMSP). The results revealed that factors predicting psychological autonomy ($F(2,234)=9.20$, $p=.0001$) were: adequate and available mental and physical capacities and a positive perception of health. Psychological autonomy varies according to the sex and living arrangement, but age itself had no influence.

Actuellement, l'intervention auprès des personnes âgées en perte d'autonomie est centrée sur l'aspect fonctionnel de l'autonomie, c'est-à-dire sur les capacités résiduelles, sans s'occuper de l'aspect psychologique. Le vieillissement de la population implique que de plus en plus d'individus âgés survivront avec des pertes de capacités physiques et cognitives importantes. Dans le contexte d'une demande croissante de prestations de services, comment amener les âgés à maintenir leur autonomie? Quels seraient les facteurs de l'autonomie sur lesquels on pourrait intervenir pour les inciter ou leur permettre de conserver le plus d'autonomie possible? Jusqu'à maintenant, l'autonomie est considérée dans sa globalité. Mais, pour préciser les interventions susceptibles de favoriser cette autonomie, il semble important de faire la distinction entre ce qui définit l'autonomie fonctionnelle et ce qui devrait plutôt appartenir à une autonomie dite psychologique. Pour cela, il faudra aussi tenir compte de certaines variables comme la perception de la santé, le milieu de vie, l'âge et le sexe des individus âgés.

L'autonomie psychologique

L'autonomie psychologique est un concept nouveau. De fait, pour définir l'autonomie psychologique, Dubé, Alain, Lapierre et Lalande (1992) se sont référés aux écrits concernant différents aspects du vieillissement et de l'autonomie en général. Ils en arrivent à la définition suivante: " l'autonomie psychologique signifie le maintien

de la volonté d'exercer soi-même son pouvoir de décider et son pouvoir d'agir, en tenant compte de trois facteurs: la dynamique de l'individu, c'est-à-dire sa perception de soi, son ressenti intérieur, et sa motivation; ses capacités c'est-à-dire ses capacités physiques, cognitives et sociales; et son intégration sociale (responsabilité)" (p.10). Cette définition permet d'aborder l'autonomie des personnes âgées dans une perspective de compréhension des dynamiques intérieures qui sous-tendent les choix et les comportements.

Le concept d'autonomie psychologique se subdivise donc en dimensions (contrôle décisionnel, contrôle comportemental) et en facteurs (dynamique, capacités et intégration sociale). La documentation sur l'autonomie globale insiste sur l'importance du contrôle perçu dans la vie des personnes âgées et sur les facteurs identifiés comme lieu d'application de ce contrôle. Voici une synthèse de cette documentation.

Les dimensions

Lorsque les auteurs parlent de la capacité d'agir, d'actions volontaires, de pouvoir personnel (Clark, 1988), du degré de maîtrise (Cohen, 1985), ils introduisent la notion de contrôle, laquelle fait référence à la perception qu'a la personne âgée de la façon dont elle dirige sa vie (Sullivan & Munroe, 1986; Teitelman & Priddy, 1988). La notion de contrôle réfère également à l'aspect

décisionnel où il est question de la volonté de la personne de faire ses propres choix et de prendre ses propres décisions (Deci & Ryan, 1987; Hegeman & Tobin, 1988; Sullivan & Munroe, 1986). Cet aspect de l'autonomie est donc très près de la notion d'indépendance comportementale. Celle-ci implique que la personne âgée indépendante a le pouvoir d'agir ou de ne pas agir, donc, de choisir l'orientation de sa conduite selon ses propres règles. Elle implique aussi qu'elle a la liberté de se gouverner par ses propres lois, en accord avec ses valeurs (Altholz, 1988; Collopy, 1988; Lebeau, Sicotte, Tilquin & Tremblay, 1980; Moody, 1988; Saup, 1987). La perte ou le manque de contrôle peut avoir un impact négatif sur la satisfaction de vie, l'estime de soi et même la santé physique (Rakowski & Cryan, 1990; Saup, 1987; Shulz, 1976: voir Teitelman & Priddy, 1988).

a) La dynamique

Selon Altholz (1988), la capacité décisionnelle ne se rapporte pas à la capacité cognitive, mais plutôt à la capacité dynamique ou personnelle d'émettre, de prendre et d'assumer ses choix et ses décisions. La perception de soi serait un facteur fondamental de la dynamique de l'individu puisqu'elle serait le référent des actions, des comportements posés par la personne, quel que soit son âge. La façon dont la personne âgée se perçoit, c'est-à-dire si elle s'évalue encore capable de s'occuper d'elle-même dans les activités de la vie

quotidienne (AVQ) et aussi jusqu'à une certaine mesure de s'occuper des autres, préservera l'estime qu'elle a d'elle-même (Lantz, 1981; Jonas & Wellin, 1980).

D'après Deci et Ryan (1987), l'autonomie correspond à une adhésion intérieure à ses actions; ainsi, plus le comportement est autonome, plus il est complètement endossé par soi et ressenti comme une action dont la personne est responsable. Pour Sullivan et Munroe (1986), les habiletés nécessaires pour prendre soin de soi passent par des comportements qui font appel au monde émotionnel.

Quelques auteurs (Clark, 1988; Holahan, 1988; Lantz, 1985; Moody, 1988; Sullivan & Munroe, 1986; Vallerand, 1990) insistent sur l'importance du rôle de la motivation dans le maintien optimum de l'autonomie. Elle semble importante car elle fait appel aux forces sous-jacentes à l'émission des comportements (Deci & Ryan, 1985; voir Vallerand, 1990). Certains auteurs parlent d'efforts à fournir (Holahan, 1988) alors que d'autres mettent l'emphasis sur le désir de le faire (Lantz, 1985) et d'avoir la conviction que le meilleur reste à venir (Clark, 1988).

b) Les capacités

L'autonomie psychologique de l'individu serait aussi tributaire de ses capacités physiques, cognitives et sociales.

Selon Collopy (1988), l'autonomie est la résultante des capitaux fonctionnels de l'individu. L'état de santé physique est une

ressource avec laquelle les personnes âgées doivent composer pour s'acquitter des choses qu'elles doivent faire quotidiennement (Rakowski & Cryan, 1990). Cependant, les capacités physiques réfèrent ici non pas au potentiel réel des ressources physiques, mais davantage aux stratégies employées par la personne âgée, soit pour maintenir ce potentiel, soit pour pallier à ses incapacités.

Outre le désir de se gouverner selon ses propres règles, la personne âgée doit avoir la capacité cognitive de le faire (Montplaisir, 1981); elle doit avoir le souci de conserver et d'entretenir sa mémoire, son raisonnement, sa créativité, sa capacité d'assimiler des connaissances de même que le sens du réel et de l'orientation dans le temps et dans l'espace (Paré, 1984; Sullivan & Munroe, 1986).

L'autonomie inclut la présence d'une relation réciproque avec d'autres personnes. C'est un processus interactif en terme de qualité et de quantité. Il implique d'être adapté aux situations sociales (Altholz, 1988; Holahan, 1988; Langlois Séguin, 1981; Sullivan & Munroe, 1986). Selon Collopy (1988), il faut voir les possibilités d'intégration effectives de l'individu à son milieu, la personne âgée pouvant adopter une attitude active ou passive dans l'orientation de ses échanges interpersonnels. Une faible interaction sociale serait prédictrice d'une détérioration physique et mentale (Luke, Norton & Denbigh, 1981).

c) L'intégration sociale

L'intégration sociale délimite les frontières de l'exercice de l'autonomie en la situant dans son contexte social où la personne âgée devrait être responsable d'elle-même et faire les choses qui lui sont possibles et recevoir le support nécessaire (Jameton, 1988). La responsabilité est aussi la façon avec laquelle la personne âgée compose avec les limites inhérentes au contexte social et à l'environnement.

L'autonomie fonctionnelle

L'autonomie fonctionnelle réfère à la qualité de la santé physique en fonction des capacités de la personne âgée pour faire certaines activités; c'est-à-dire le potentiel physique et psychique résiduel, dû à la baisse de performance de l'organisme ou à la morbidité. Certaines études mettent l'accent sur les capacités physiques de la personne d'où une définition de l'autonomie fonctionnelle intimement liée à la notion d'indépendance comportementale (Albarède, Pous & Cayla, 1981; Lebeau et al., 1980). Le maintien de cette indépendance est déterminée par le degré d'adaptation des capacités fonctionnelles (actuelles et potentielles) de la personne aux exigences des activités qu'elle doit accomplir. Ellenberger (1987) affirme que la perte d'autonomie se traduirait par des AVQ non accomplies. Pour lui, vieillir implique une diminution dans quatre champs bien spécifiques: les forces physiques, les activités

sensorielles, la mémoire à court et à long terme (difficultés à enregistrer l'information) et le processus psychique, mais l'intelligence et la créativité ne sont pas touchées par le vieillissement normal. Cette involution n'est pas continue mais subit des poussées d'aggravation. Ainsi, la diminution de l'autonomie ne connaît pas un changement marqué à un âge précis; elle est progressive. Cependant, il est reconnu qu'à un âge plus avancé, certaines pathologies invalidantes apparaissent et 75 ans serait un âge critique (Vaillant, 1984).

Booth (1986), dans son étude sur les AVQ et le monde relationnel, a évalué les fonctions mentales. Il conclut que si la personne âgée n'utilise pas son plein potentiel physique et mental, il pourrait survenir une diminution de ce potentiel qui pourrait être irréversible. Cette situation pourrait être évitée par un support adéquat du personnel soignant.

Dans sa recherche, Mizarhi (1981) a fait une classification des types d'handicaps à l'autonomie en regard des AVQ, du monde relationnel et de la mobilité. Ses résultats démontrent que le degré de sévérité des handicaps (ex. difficulté à s'habiller, à manger) a des conséquences sur la réalisation des AVQ créant aussi un isolement social important.

Certaines études (Conseil Consultatif National du Troisième Age (CCNTA), 1989; Bouffard & Bastin, 1990; Hébert, 1984; Boivert &

Martel, 1986; Gouvernement du Québec, 1989) portent sur l'aspect fonctionnel de l'autonomie, plus précisément sur des aspects de la santé physique des âgés. L'enquête réalisée par le Ministère de la santé et des services sociaux en collaboration avec les départements de santé communautaire (Gouvernement du Québec, 1989) sur l'état de santé de la population québécoise démontre que les hommes âgés auraient un meilleur état de santé que les femmes âgées, sauf chez les personnes âgées de 65-74 ans où la différence entre les sexes est faible. Boisvert et Martel (1986) ont évalué l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées du territoire du département de santé communautaire du Centre hospitalier Ste-Marie de Trois-Rivières. L'étude démontre que l'autonomie fonctionnelle est reliée à l'âge et au sexe. Les hommes plus jeunes sont particulièrement susceptibles de voir leur autonomie réduite pour les AVQ alors que ce phénomène se produira plus tard pour les femmes âgées.

La classification et le placement des personnes âgées dans le réseau des services de santé du Québec, se fait à l'aide du CTMSP (Classification par Type en Milieu de soins et de Services Prolongés). Cet instrument, élaboré par Lebeau et al. (1980), est basé sur la notion d'indépendance comportementale. Les auteurs ont tout d'abord défini une série d'indicateurs permettant de constituer des profils d'autonomie fonctionnelle. Cette série d'indicateurs a

permis la réalisation d'un instrument de mesure complet en ce qui concerne l'évaluation de la santé physique. L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle se fait essentiellement à partir des comportements observables. Cette évaluation est faite pour trois champs spécifiques: au plan physique (ex. mobilité, soins d'hygiène), au plan psychique (ex. état mental, équilibre émotif, interaction avec ses proches) et sur le plan thérapeutique (soins infirmiers). Il s'agit, dans un premier temps, d'évaluer les besoins de la personne âgée, par le biais du potentiel physique qui lui reste et qu'elle peut encore améliorer et dans un deuxième temps, de trouver les alternatives possibles en réponse à ses besoins.

La perception de la santé

Depuis quelques années, un intérêt croissant s'est développé pour la santé et les comportements dits de santé chez une population âgée (Rakowski & Cryan, 1990). Cependant, il semble difficile de définir la santé de façon précise. Déjà en 1973, Lerner affirmait que définir la santé de façon opérationnelle est complexe, dû à son aspect multidimensionnel et qualitatif (Simon, 1990). La définition de la santé varie selon les individus. L'Organisation Mondiale de la Santé retient comme définition: " ... un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement à une absence de maladie ou d'infirmité" (1988, p.2).

Mesurer la santé physique du seul point de vue objectif donnerait un portrait partiel de la santé de la personne âgée. De fait, Simon (1990) suggère d'évaluer la santé sous deux aspects. Outre la mesure objective, il semble important de tenir compte de la perception qu'a la personne âgée de son état de santé.

L'enquête du Gouvernement du Québec menée en 1989 présente un profil intéressant de la santé des Québécois âgés. Il ressort que la proportion des personnes âgées qui évaluent leur état de santé excellent ou très bon diminue avec l'âge. Les hommes ont tendance à s'estimer en meilleure santé que les femmes. La proportion de femmes s'estimant en moyenne ou en mauvaise santé augmente avec l'âge. Certains auteurs (Bayne, 1977; Béland, 1980; Goulet, 1982, Myles, 1978; voir Côté, Drapeau, Richard & Laflamme, 1984) font ressortir que malgré des handicaps physiques, les personnes âgées se perçoivent relativement en bonne santé. Cette dichotomie entre l'état réel et l'estimation subjective de la santé des personnes âgées s'explique par le fait que l'individu associe son niveau de santé à ses capacités d'exercer diverses activités de la vie quotidienne. Plusieurs recherches américaines indiquent que la perception qu'ont les personnes âgées de leur santé joue un rôle important et est en relation avec différents thèmes comme le bien-être psychologique (Simon, 1990; Goldstein & Hurwicz, 1989) ou la satisfaction de vie (Gfellner, 1989; Krause, 1990).

La présence ou non de maladie a des conséquences sur la perception de la qualité de la santé. Pourtant, si la maladie ou les limitations physiques n'influencent pas négativement la perception qu'a la personne âgée de sa santé, il est possible que l'individu puisse faire face à des évaluations contradictoires concernant son état de santé actuel. Il parviendrait à faire un bilan positif de sa santé en dépit de la présence de maladie ou même face à un déclin modeste de sa santé fonctionnelle (Rakowski & Cryan, 1990).

Rakowski et Cryan (1990) citent une recherche menée par Janz et Becker (1984) sur la perception de la santé chez les personnes âgées. Les résultats mettent en évidence le rôle de la perception de la santé comme étant une composante fondamentale des comportements personnels de santé. L'auto-évaluation de l'état de santé apparaît comme un indicateur valide de santé (Simon, 1990). Rakowski et Cryan (1990) ont mesuré la relation entre la santé perçue et l'état de santé physique chez les personnes âgées. Leurs résultats révèlent qu'une importante diminution de l'état de santé physique est associée à une perception défavorable de la santé.

La perception de l'état de santé est un indicateur subjectif, mais certaines recherches (Gouvernement du Québec, 1989; Rakowski & Cryan, 1990) démontrent une étroite corrélation entre cette mesure et la présence de problème de santé spécifique. Palmor et Luikart (1972; voir Simon, 1990) révèlent, pour leur échantillon âgé de plus

de 45 ans, que l'évaluation subjective de la santé est une variable significative de la satisfaction de vie. Les résultats obtenus par Simon (1990) indiquent que chez les personnes très âgées, la perception de la santé est un meilleur index de satisfaction de vie que le nombre de conditions de santé, les limitations et la perception des activités fonctionnelles.

Il existe une corrélation significative entre l'âge et l'état de santé perçu, mais d'autres facteurs pourraient également influencer l'état de santé objectif (ex. lieu de résidence).

Lieu de résidence

Pour Wells et MacDonald (1981), le changement du domicile vers l'institution a des conséquences physique, émotionnelle et sociale chez les personnes âgées. Les changements importants de l'environnement peuvent amener une détérioration physique et psychologique. Ils constatent que l'institutionnalisation interrompt des relations primaires; pour plusieurs résidents, le cercle se réduit et seulement 31% des personnes âgées se font de nouveaux amis. Le nombre et la stabilité des relations proches avec la famille et les amis à l'extérieur de l'institution sont particulièrement importants dans la minimisation d'effets indésirables de l'institutionnalisation.

Selon Collopy (1988), puisque l'autonomie est la résultante des capitaux fonctionnels de l'individu ainsi que de ses réserves sur le

plan physique, psychologique et social, l'entrée en institution pourrait avoir un impact négatif sur l'autonomie de la personne âgée car elle amène une sous-utilisation de ses capacités.

Pastalan et Polakow (1986) affirment que le fait de vivre en institution promeut la dépendance dans l'organisation de rituels, restreint l'autonomie spatiale et temporelle et limite les choix personnels. Selon Moody (1988), le milieu institutionnel limite la liberté de choix et la capacité de prendre des décisions des personnes âgées. Ainsi, la perte d'autonomie est beaucoup plus importante en institution. Jameton (1988) parle de responsabilité à l'intérieur des institutions. Il est important que les personnes âgées clarifient les responsabilités qu'elles peuvent assumer et reçoivent une assistance pour le faire. Baltes et Zerbe (1976) soulignent l'importance du support non seulement instrumental (aide directe) mais aussi psychologique (encourager les personnes à faire ce qu'elles sont capables de faire). Malgré un niveau élevé de comportements indépendants, donc autonomes, les personnes âgées recevraient, de la part du personnel, peu de support à persévérer dans ces comportements (Baltes, Burgess & Stewart, 1980; Barton, Baltes & Orzech, 1980). Shulz (1976: voir Teitelman & Priddy, 1988) a démontré comment des programmes mis sur pied par les institutions permettent aux résidents de faire des choix petits, mais quotidiens améliorant ainsi leur santé physique et mentale.

Pour Ryden (1985), le personnel soignant a un rôle à jouer dans la réalisation des AVQ; un climat favorable créé par les interactions entre le personnel et les personnes âgées institutionnalisées incitent celles-ci à se prendre en main pour avoir un meilleur contrôle sur leur vie.

Hypothèses

La comparaison des deux aspects de l'autonomie fait clairement ressortir qu'ils n'évaluent pas l'autonomie sous le même angle. Ainsi, chacun d'eux tient compte des capacités physiques et cognitives de la personne âgée; pourtant, alors que l'autonomie abordée de façon générale réfère surtout aux capacités fonctionnelles à effectuer ou non certaines tâches, l'autonomie psychologique réfère plutôt à la volonté de les effectuer; de plus, l'autonomie fonctionnelle fait appel à l'évaluation de comportements observables alors que l'autonomie psychologique réfère à la perception qu'a la personne de son autonomie sur le plan décisionnel et comportemental en terme de contrôle. Dès lors, on peut émettre l'hypothèse que les comportements observables d'un individu (autonomie fonctionnelle) devraient permettre de prédire sa volonté de contrôler ses décisions et ses actions (autonomie psychologique).

La définition de l'autonomie psychologique découle de l'autonomie globale laquelle est habituellement vue sous l'angle de l'autonomie

fonctionnelle. Les relations retrouvées entre certaines variables et l'autonomie fonctionnelle pourraient donc aussi se retrouver pour l'autonomie psychologique. La santé physique a été considérée comme le principal obstacle à l'autonomie des personnes âgées si l'on se rapporte à la documentation et aux résultats obtenus par le CCNTA (1989). Plusieurs personnes âgées souffrent de plusieurs problèmes en même temps; souvent, leurs effets cumulés aggravent leur situation. Un pourcentage plus élevé des aînés plus âgés (75-84 ans) que des plus jeunes (65-74 ans) ont mentionné que la santé physique posait problème.

Les recherches révèlent aussi que la perception qu'a l'individu de sa santé pourrait être influencée par la qualité effective de son autonomie. De plus, l'âge, le sexe et le lieu de résidence auraient une incidence sur l'autonomie fonctionnelle.

De ces données découlent les hypothèses suivantes:

- L'autonomie fonctionnelle et la santé perçue seraient des variables prédictives de l'autonomie psychologique.
- L'autonomie psychologique varie en fonction de l'âge, du sexe et du lieu de résidence.

Méthodologie

Sujets

Pour constituer l'échantillon, 423 personnes ont été contactées et sur ce nombre 144 ont refusé alors que 279 ont accepté de

participer à l'expérimentation. Cependant, 42 de ces personnes ont abandonné en cours d'expérimentation (pour cause de maladie, de manque de disponibilité ou de désintéressement). L'échantillon final est composé de 237 sujets; 117 hommes et 120 femmes, âgés de 65 à 74 ans (115) et de plus de 75 ans (122), avec une moyenne d'âge de 75.669 ans et un écart type de 6.865 ans. Tous résident au Québec dans la région 04 et demeurent dans des établissements de santé (centres d'accueil, hôpitaux, pavillons) ou à domicile (locataires ou propriétaires). Une attention spéciale a été accordée à l'autonomie fonctionnelle pour maintenir une représentation équivalente parmi les sujets de l'échantillon. Il est important de souligner que les personnes âgées souffrant de déficits cognitifs n'étaient pas retenues. Cette variable était contrôlée par le CTMSP.

Instruments de mesure¹

Un questionnaire socio-démographique permet de recueillir des informations sur l'âge, le sexe et le lieu de résidence. Une question a aussi trait à l'état de santé de la personne âgée. De fait, le sujet doit estimer la qualité de son état de santé en le comparant aux personnes de son âge et indiquer sa réponse selon une échelle graduée de 1 à 5.

¹Ces instruments de mesures sont disponibles au Laboratoire de Gériologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. C.P. 500, Trois-Rivières, Qc G9A 5H7

L'autonomie psychologique est mesurée par le Questionnaire d'autonomie psychologique (QAP) élaboré par Dubé, Lapierre, Alain & Lalande (1990). Ce questionnaire porte sur les divers aspects de l'autonomie psychologique des personnes âgées dans la vie quotidienne. Les répondants indiquent la fréquence avec laquelle ils réagissent aux items présentés selon une échelle de type Likert et graduée de 1 à 5.

Pour assurer sa validité de contenu, le QAP est développé à partir des différents facteurs et dimensions identifiés dans la documentation. Il comporte 28 items, tous les sous-facteurs sont représentés par deux items. L'échelle d'autonomie totale obtient un coefficient alpha (Cronbach) .89 et les différentes sous-échelles obtiennent des coefficients variant de .61 à .82. Une analyse factorielle révèle que tous les items concourent bien à mesurer l'autonomie psychologique puisqu'ils obtiennent tous une corrélation variant de .62 à .45 avec un premier facteur qui explique 27% de la variance.

L'autonomie fonctionnelle est estimée à l'aide des indices du CTMSP 85 (Tilquin & Fournier, 1985). Cet instrument est l'ancêtre de l'actuel CTMSP, lequel est largement utilisé dans tout le réseau de la santé. Il évalue l'autonomie fonctionnelle de l'individu. Il a été retenu parce que d'une part, il mesure les mêmes dimensions que l'actuel CTMSP et que d'autre part, il donne un résultat quantitatif,

ce que ne donne plus la version actuelle. Il s'agit d'une mesure de comportements observables de ce que fait ou ne fait plus la personne âgée. Il comprend trois parties, l'autonomie au plan physique, l'autonomie au plan psychique et les mesures thérapeutiques.

L'autonomie au plan physique identifie la capacité de la personne à voir à son entretien et son hygiène personnelle, à se déplacer, à s'alimenter et à communiquer, compte tenu de son état de santé.

L'autonomie au plan psychique fait référence à l'état mental (la mémoire, l'orientation dans le temps et l'espace, la concentration, la compréhension et le jugement), au monde affectif (équilibre émotif, la confiance, l'agressivité et l'anxiété) et psycho-social (interaction avec ses proches, les activités, la collaboration et les comportements).

Les mesures thérapeutiques réfèrent à l'aspect médical où l'on examine et note les soins à apporter ainsi que la fréquence nécessaire des soins à administrer.

Les cotes obtenues dans chacune des trois parties sont additionnées pour parvenir à une cote finale correspondant au degré d'autonomie fonctionnelle de la personne âgée, la sévérité des déficits étant proportionnelle au résultat obtenu.

Déroulement de l'expérimentation

Le premier contact avec les personnes âgées demeurant dans les institutions de santé s'est fait par l'intermédiaire des responsables des soins infirmiers ou des animateurs en qualité de vie. Pour les personnes âgées résidant à domicile, le contact s'est fait par le biais de responsables de groupes sociaux (âge d'or, Traverse des âges, etc.) et de listes obtenues par les responsables de centres de jour.

Les personnes âgées étaient rencontrées une première fois pour leur présenter la recherche et solliciter leur participation. L'expérimentation se faisait à leur résidence sous forme d'entrevues semi-structurées, lors de quatre rencontres variant de une à deux heures. Divers autres instruments faisaient l'objet d'un projet plus large et leur étaient aussi administrés. Les consignes et les items étaient lus au sujet. Tout en s'assurant de leur bonne compréhension, l'expérimentateur complétait les questionnaires pour éviter d'invalider les réponses des sujets peu scolarisés ou dont la vue et/ou la coordination motrice ne permettait pas de répondre par écrit à de tels instruments de mesure. L'expérimentateur était attentif aux réactions du sujet et se montrait réceptif aux confidences et au vécu émotif si le besoin s'en faisait sentir.

Résultats

Pour vérifier la première hypothèse, une régression multiple est réalisée avec comme variable critère l'autonomie psychologique et comme variables prédictrices l'autonomie fonctionnelle et la santé perçue.

Le résultat démontre de façon significative ($F(2,234) = 9.20$, $p = .0001$) que l'autonomie fonctionnelle et la santé perçue explique 6% de la variance de l'autonomie psychologique. L'examen des coefficients de régression révèle que la variable autonomie fonctionnelle est plus déterminante (.1706) que la variable santé perçue (.1590) pour prédire l'autonomie psychologique.

insérer tableau 1

Des analyses supplémentaires permettent de connaître de façon plus précise quels facteurs de l'autonomie fonctionnelle sont significativement en relation avec l'autonomie psychologique. La variable autonomie fonctionnelle psychique obtient un coefficient de corrélation (Pearson) de .2612 ($p < .001$), la désignant ainsi comme la variable ayant la relation la plus significative avec l'autonomie psychologique globale, alors que l'autonomie fonctionnelle physique obtient un coefficient de corrélation de .1756 ($p < .001$) et que la

troisième variable, l'autonomie fonctionnelle thérapeutique, ne présente aucune relation significative.

La deuxième hypothèse affirme que l'autonomie psychologique varie en fonction de l'âge, du sexe et du lieu de résidence des personnes âgées; ce qui est vérifié par une analyse de variance de type Anova.

Les résultats obtenus concernant l'autonomie psychologique totale (APT) en fonction de l'âge ne révèlent aucune différence significative. Les variables sexe et résidence présentent un effet d'interaction significatif ($F(1,229)=4.103, p<.05$). Les femmes et les hommes à domicile ($M=116.86$ pour les deux) et les femmes en institution ($M=116.60$) présentent sensiblement la même APT ($t(1,229)=.111, ns$); alors que les hommes en institution ($M=109.81$) sont beaucoup moins autonomes psychologiquement que ceux à domicile ($t(1,229)=2.979, p<.05$) et que les femmes en institution ($t(1,229)=2.917, p<.05$).

insérer figure 1

D'autres analyses de variance effectuées en morcelant l'APT en ses dimensions et facteurs donnent des résultats significatifs quant aux variables âge, sexe et résidence. Seul le facteur

intégration sociale de l'autonomie psychologique n'obtient aucun résultat significatif.

Les résultats obtenus à la dimension contrôle décisionnel total révèlent une différence significative ($F(1,229)=5.107, p<.05$) pour la variable résidence. Les personnes âgées vivant à leur domicile ($M=57.99$) manifestent plus leur volonté de décider que les personnes âgées résidant en institution ($M=55.97$). La dimension contrôle comportemental total présente une interaction significative ($F(1,229)=6.038, p<.05$) entre les variables sexe et résidence. Les femmes demeurant en institution ($M=59.40$) font preuve de plus de volonté d'agir que les femmes vivant à domicile ($M=58.93$). Cependant, la volonté d'agir ne diffère pas beaucoup entre elles ($t(1,229)=.398, ns$). Inversement, les hommes résidant à domicile ($M=58.81$) montrent une volonté d'agir plus grande que les hommes demeurant en institution ($M=55.14$) ($t(1,229)=2.569, p<.05$). Ces derniers démontrent beaucoup moins de volonté d'agir que les femmes en institution ($t(1,229)=3.623, p<.05$).

insérer figure 2

Le facteur dynamique présente une interaction âge et sexe significative ($F(1,229)=9.372, p<.01$). Les femmes âgées ($M=52.28$) réfèrent davantage à leur dynamique intérieure que les femmes très

âgées ($M=51.52$). Cependant, l'écart n'est pas significatif ($t(1,229)=.804$, ns). Alors que les hommes très âgés ($M=52.52$) réfèrent davantage à leur dynamique intérieure que les hommes âgés ($M=49.16$) ($t(1,229)=3.51$, $p<.05$). Ceux-ci réfèrent moins à leur dynamique intérieure que les femmes très âgées ($t(1,229)=2.619$, $p<.05$).

insérer figure 3

Le facteur capacité présente une interaction sexe et résidence significative ($F(1,229)=5.449$, $p<.05$). Les femmes demeurant à domicile ($M=48.10$) prennent légèrement plus leurs capacités en considération que les femmes vivant en institution ($M=47.35$) sans que l'écart soit significatif ($t(1,229)=.5313$, ns). Les résultats pour les hommes vont dans le même sens; les hommes résidant à domicile ($M=48.28$) tiennent davantage compte de leurs capacités que les hommes demeurant en institution ($M=42.83$) ($t(1,229)=3.814$, $p<.05$); mais ces derniers se démarquent en tenant beaucoup moins compte de leurs capacités que les femmes en institution ($t(1,229)=3.216$, $p<.05$).

insérer figure 4

Discussion

La première hypothèse alléguant que l'autonomie fonctionnelle et la perception de la santé sont de bons prédicteurs de l'autonomie psychologique est confirmée. Ainsi, chez les personnes âgées, le fait de disposer de bonnes capacités physiques et mentales (autonomie fonctionnelle) serait un facteur prédicteur de la volonté de maintenir leur pouvoir de décider et d'agir (autonomie psychologique).

Deux des aspects de l'autonomie fonctionnelle se sont révélés être en relation positive avec l'autonomie psychologique: l'autonomie fonctionnelle psychique et l'autonomie fonctionnelle physique. L'autonomie fonctionnelle psychique réfère à l'état mental, à l'émotivité et au vécu psycho-social de la personne âgée. Ces éléments ne font pas appel à la volonté de la personne de les utiliser mais plutôt à leur disponibilité en termes de ressources réelles. La disponibilité des ressources psychiques serait nécessaire pour que l'individu choisisse de disposer ou non de ses ressources. L'autonomie fonctionnelle physique exprime le degré de capacités factuelles pour tout ce qui se rapporte aux fonctions corporelles de l'individu. La relation observée entre l'autonomie fonctionnelle et l'autonomie psychologique indique qu'une personne

ayant un haut degré de capacités fonctionnelles a une autonomie psychologique élevée.

Ces résultats vont dans le même sens que les observations d'Altholz (1988), Collopy (1988), Lebeau et al. (1980), Montplaisir (1981), Moody (1988), Saup (1987) qui affirment que pour se gouverner selon ses propres règles, la personne âgée doit avoir la capacité physique et mentale de le faire. Jonas & Wellin (1980) et Lantz (1981) ont trouvé une relation significative entre la capacité de prendre soin de soi et une estime de soi positive. Cette dernière variable s'apparente à la perception de soi du facteur "dynamique" de l'autonomie psychologique.

Teitelman et Priddy (1988), Rakowski et Cryan (1990) ont déjà identifié une relation entre l'autonomie psychologique et l'autonomie fonctionnelle mais dans le sens inverse. Pour eux, la perte ou le manque de contrôle et une faible motivation amèneraient une diminution des fonctions mentales chez l'âgé, un nombre restreint d'interactions sociales affecterait négativement la santé physique. Ces éléments soulignent qu'une autonomie psychologique pauvre amènerait les individus à développer une autonomie fonctionnelle pauvre; le contrôle, la motivation et les interactions sociales agissant négativement sur l'autonomie fonctionnelle soit par leur absence ou leur insuffisance. Il est donc implicite de

retrouver une relation de prédiction entre ces deux aspects de l'autonomie, l'une agissant sur l'autre.

La perception de la santé est aussi prédictrice de l'autonomie psychologique. La perception de la santé est une composante fondamentale des comportements personnels de santé (Janz & Becker, 1984; voir Rakowski & Cryan, 1990). L'individu associe son niveau de santé à ses capacités d'exercer diverses activités de la vie quotidienne (Côté, Drapeau, Richard & Laflamme, 1984), mais aussi à son désir de contrôler ses décisions et ses actions.

Les résultats démontrent que bien que l'autonomie psychologique puisse être prédite par l'autonomie fonctionnelle et la perception de la santé, d'autres variables, non incluses dans cette recherche, pourraient aussi contribuer à prédire l'autonomie psychologique.

La deuxième hypothèse stipule que l'autonomie psychologique varie en fonction de l'âge, du sexe et du lieu de résidence de la personne âgée. Cette hypothèse est partiellement vérifiée en ce qui a trait au sexe et au lieu de résidence mais non pour l'âge, ce qui montre clairement que le degré d'autonomie psychologique n'évolue pas en fonction de l'âge. Les femmes présentent une autonomie psychologique plus forte que les hommes, autant à domicile qu'en institution, mais les hommes en institution présentent une autonomie psychologique plus faible que les autres groupes.

Selon leurs résultats à l'échelle contrôle comportemental du QAP, ces derniers font peu appel à leur capacité d'agir et se reconnaissent peu de pouvoir pour le faire. De même, les résultats obtenus à l'échelle capacités (physiques, cognitives et sociales) démontrent que ce sont eux qui tiennent le moins compte de leurs capacités et qui sont le moins soucieux de maintenir certaines habiletés.

Les résultats obtenus à l'échelle dynamique mettent en évidence que ce sont les hommes de 65-74 ans qui réfèrent le moins à leur monde intérieur (perception de soi, ressenti intérieur et motivation), qu'ils demeurent à domicile ou en institution. Déjà la recherche de Lalande et Dubé (1989) révèle que les sujets âgés réfèrent moins que les sujets très âgés à leur monde intérieur en ce qui concerne l'estime de soi. Poulin et Leclerc (1986) et Deci & Ryan (1987) remarquent aussi une faible tendance à la référence à soi et à la sensibilité au ressenti ainsi qu'une difficulté chez certaines personnes âgées à ressentir qu'ils adhèrent à leurs choix. Vallerand (1990) démontre que ce sont les hommes qui obtiennent une motivation moins élevée que les femmes, cependant, son analyse ne fait pas de distinction quant à l'âge des sujets.

Les résultats obtenus à l'autonomie psychologique contrôle décisionnel soulignent que les personnes âgées vivant en institution, sans distinction du sexe, ni d'âge, exercent peu leur

volonté de faire leurs propres choix et de prendre leurs propres décisions. Cependant, faut-il rappeler que les hommes en institution sont ceux qui se reconnaissent le moins de pouvoir d'agir, qu'ils y font peu appel et qu'ils développent peu de stratégies pour maintenir ou améliorer leurs capacités. Ces résultats rejoignent les conclusions de recherches antérieures (Deci & Ryan, 1987; Hegeman & Tobin, 1988; Sullivan & Munroe, 1986) et pourraient être attribuables à deux facteurs importants: une méconnaissance du personnel face aux personnes âgées institutionnalisées, un désengagement des personnes âgées institutionnalisées face à ce milieu de vie.

Conclusion

L'autonomie fonctionnelle et la santé perçue se sont avérées être de bons prédicteurs de l'autonomie psychologique; c'est-à-dire que pour les personnes âgées, une disponibilité des capacités physiques et mentales suffisante et une perception positive de la santé seraient des facteurs prédicteurs de la volonté de maintenir leur pouvoir de décider et d'agir. Une piste d'intervention possible pour maintenir de bonnes capacités physiques et une perception positive de la santé pourrait être de donner du support et de l'information aux personnes âgées. Une intervention de support est nécessaire pour qu'elles soient motivées à maintenir leurs capacités fonctionnelles maximales (Brown & McCreedy, 1986: voir Duffy &

MacDonald, 1990). Informer les personnes âgées pour qu'elles aient une perception juste de leur santé, c'est-à-dire qu'elles dissocient ce qui appartient au vieillissement normal de ce qui appartient au vieillissement pathologique est nécessaire, car selon Vallerand (1990) la perception de la santé est reliée à la motivation intrinsèque. Le support et l'information favoriseront l'obtention d'une autonomie psychologique élevée.

Cependant, il faut souligner que d'autres variables pourraient également prédire l'autonomie psychologique. C'est pourquoi il serait intéressant que des recherches ultérieures cherchent à faire ressortir d'autres variables permettant de prédire l'autonomie psychologique.

On sait maintenant que l'autonomie psychologique varie en fonction du sexe et du lieu de résidence, alors que l'âge ne semble pas l'influencer (sauf pour la dimension dynamique où l'âge est un élément significatif), soulignant ainsi qu'une autonomie psychologique élevée n'est pas fonction de l'âge de l'individu. Les résultats de cette recherche font clairement ressortir que ce sont les hommes en institution qui jouissent le moins d'une bonne autonomie psychologique.

Dans l'ensemble, ces résultats permettent de donner quelques indications aux intervenants quant aux conduites à adopter face aux âgés en institution et surtout quant aux hommes relativement peu

âgés. Il serait important qu'une action soit instaurée afin de leur permettre de reprendre le contrôle sur leur vie (Jameton, 1988), de les inciter à choisir selon leurs propres règles (Altholz, 1988; Collopy, 1988; Lebeau et al.; 1980; Moody, 1988; Saup, 1987) et de les supporter dans leurs choix (Baltes & Zerbe, 1976). Ce sentiment d'avoir un contrôle sur sa vie et de se sentir supportée aiderait la personne âgée à acquérir et généraliser ces nouveaux apprentissages dans les autres sphères de sa vie (Collopy, 1988).

L'intervention ne peut se faire qu'avec l'implication des personnes âgées. Les intervenants doivent être sensibilisés aux conséquences qu'ont des attitudes paternalisantes où la personne âgée est prise en charge par le milieu en ce qui concerne ses choix et ses actions (Moody, 1988), ce qui crée une dépendance accrue des personnes âgées envers le milieu institutionnel (Baltes, 1988; Hofland, 1988; Streib, Folts & Greca, 1985). Il est primordial d'amener les intervenants à voir la personne âgée différemment, de voir l'épanouissement possible malgré le vieillissement (Dubé et al., 1992), et sans considérer que les indices de diminution physiques et mentales (Paré, 1984).

Remerciements

Ce mémoire fait partie d'un projet de recherche subventionné (CQRS, CRSSS) et je tiens à remercier les organismes qui ont rendu possible sa réalisation; le Foyer Père Frédéric (le centre d'accueil, le centre de jour et les pavillons), les Centres d'Accueil, les Centres de Jour, les Clubs de l'âge d'or et tout les autres organismes communautaires de Trois-Rivières, de Shawinigan et de Louiseville.

Mes plus sincères remerciements à ma directrice, Madame Micheline Dubé pour sa disponibilité, sa patience et son support.

Références

- Albarède, J. D., Pous, P., & Cayla, F. (1981). Facteurs qui conditionnent la perte d'autonomie. Communication présentée au 1er Congrès Francophone de Gériologie. Paris: Masson, 381-389.
- Altholz, J. (1988). Lifestyles and housing of older adults: The Florida experience: Chap.5. Fostering Autonomy in Living Environment: A psychosocial perspective. Journal of Housing for the Elderly, 5 (1), 67- 81.
- Baltes, M. M., & Zerbe, M. B. (1976). Independance training in nursing home residents. The Gerontologist, 16(5), 428-432.
- Baltes, M. M. (1988). The ethiology and maintenance of dependency in the elderly: Three phases of operant research. Behavior Therapy, 19, 301-319.
- Baltes, M. M., Burgess, R. L., & Stewart, R. B. (1980). Independence and dependence in self-care behaviors in nursing home residents: An operant observational study. International Journal of Behavioral Development, 3, 489-500.
- Barton, E. M., Baltes, M. M., & Orzech, M. J. (1980). Etiology of dependance in older nursing home residents during morning care: The role of staff behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 38(3), 423-431.
- Boisvert, R., & Martel, M. (1986). Les conditions de l'autonomie: Rapport d'enquête auprès des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile. Trois-Rivières: Centre Hospitalier Ste-Marie. Département de Santé Communautaire.
- Booth, T. (1986). Institutional regimes and induced dependency in homes for the aged. The Gerontologist, 26(4), 418-423.

- Bouffard, L., & Bastin, E. (1990). La perspective future des personnes âgées en perte d'autonomie et vivant dans leur résidence: rapport de recherche. Sherbrooke, Qué: Université de Sherbrooke.
- Clark, P. G. (1988). Autonomy, personal empowerment and quality of life in long term care. The Journal of Applied Gerontology, 7(3), 279-297.
- Cohen, E. S. (1985). Autonomy and paternalism: two goals in conflict. Law Medicine & Health Care, 13(4), 145-150.
- Collopy, B. J. (1988). Autonomy in long term care: some crucial distinctions. The Gerontologist, 28 (suppl.), 10-17.
- Conseil Consultatif National du Troisième Age. (1989). Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés 1er rapport: Les obstacles et les avenues de solutions. Gouvernement du Canada.
- Côté, M., Drapeau, D., Richard, L., & Laflamme, R. (1984). Études des besoins de santé des âgés à domicile. Projet réalisé: Subvention de Santé et Bien-Etre Social Canada. No 6605-1988-49 Monographie des Sciences Infirmières, 2(1).
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 53, 1024-1037.
- Dubé, M., Alain, M., Lapierre, S., & Lalande, G. (1992). Relation entre l'autonomie et certains facteurs psychologiques (actualisation de soi, support social, résignation acquise, niveau d'espoir) chez les âgés et très âgés (Rapport CQRS No. RS-1617 088). Trois-Rivières, Qué: Université du Québec à Trois-Rivières, Laboratoire de gérontologie. (ISBN: 2-920554-05-0).

- Dubé, M., Lalande, G., Gaudet, V., & Dionne, J. (1991). Le maintien et le développement de l'autonomie des personnes âgées et très âgées: Étude des facteurs psychologiques associées, recommandations et projets d'intervention. Rapport de recherche remis au Ministère de la Santé et des Services Sociaux et au CRSSS-04.
- Dubé, M., Lapierre, S., Alain, M., & Lalande, G. (1990, oct.). Autonomie Psychologique. Symposium réalisé au congrès de l'Association Canadienne de Gériatrie. Victoria.
- Duffy, M. E., & MacDonald, E. (1990). Determinants of functional health of older persons. The Gerontologist, 30(4), 503-509.
- Ellenberger, H. F. (1987). Regards sur les institutions pour vieillards et malades chroniques. L'Union Médicale du Canada, 116, 125-135.
- Gfellner, B. (1989). Perceptions of health, abilities and life, satisfaction among very old adults. Perceptual and Motor Skill, 68, 203-209.
- Goldstein, M. S., & Hurwicz, M. L. (1989). Psychosocial distress and perceived health status among elderly users of a health maintenance organization. Journal of Gerontology, 44(95), 154-156.
- Gouvernement du Québec. (1989). Les personnes âgées et la santé, ça va? Étude réalisée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux avec les Départements de Santé communautaire. Les Publications du Québec (Ed). 82 p.
- Hébert, R. (1984). La qualité de vie de la personne âgée en perte d'autonomie. Actes du 4e Colloque de l'Association Québécoise de Gériatrie, 34-50.

- Hegeman, C., & Tobin, S. (1988). Enhancing the autonomy of mentally impaired nursing home residents. The Gerontologist, 28 (suppl), 71-75.
- Hofland, B. F. (1988). Autonomy in long term care: background issues and programmatic response. The Gerontologist, 28, 3-9.
- Holahan, C. K., (1988). Relation of life goals at age 70 to activity participation and health and psychological well-being among Terman's gifted men and women. Psychology and Aging, 3(3), 286-291.
- Jameton, A. (1988). In the borderlands of autonomy: responsibility in long term care facilities. The Gerontologist, 28, 18-23.
- Jonas, K., & Wellin, E. (1980). Dependency and reciprocity: home health aid in an elderly population. Aging in Culture and Society. American Anthropological Ass. New York: Pleager publishers.
- Krause, N. (1990). Perceived health problems, formal/informal support, and life satisfaction among older adults. Journal of Gerontology, 45(5), 193-205.
- Lalande, G., & Dubé, M. (1989). Facteurs d'actualisation de soi des très âgés. Communication présentée à l'A.C.F.A.S. Montréal, Québec, Canada.
- Langlois Séguin, M. (1981). La relation du rôle joué par le personnel infirmier sur la prise de rôle de la personne âgée en établissement de soins prolongés, 48-64.
- Lantz, J. M. (1981). Self-actualization: an indicator of self-care practices among adults 65 years and over. (Doctoral dissertation: Texas A & M University). Dissertation Abstracts International, 1982, 42(10-B), 4017.

- Lantz, J. M. (1985). In search of agents for self care. Journal of Gerontological Nursing, 11(7), 10-14.
- Lebeau, A., Sicotte, C., Tilquin, C., & Tremblay, L. (1980). Le concept d'autonomie. Santé Mentale au Québec, 5(2), 71-89.
- Luke, E., Norton, W., & Denbigh, K. (1981). Medical and social factors associated with psychological distress in a sample of community aged. Canadien Journal of Psychiatry, 26, 244-250.
- Mizarhi, A. A. (1981). Handicaps et autonomie des personnes âgées résidant en institution. Communication présentée au 1er Congrès Francophone de Gériologie. Paris: Ed. Masson, 683-690.
- Montplaisir, M. L. (1981). L'autonomie de la personne âgée. Le Gériophile, déc(2), p.2.
- Moody, H. R. (1988). From informed consent to negotiated consent. The Gerontologist, 28(suppl.), 64-70.
- Organisation Mondiale de la Santé (1988). Organisation Mondiale de la Santé: ce qu'elle est, ce qu'elle fait. Genève. OMS 24 p.
- Paré, S. (1984). Qualité de vie de la personne âgée autonome. Le Gériophile, hiv(2), 8-10.
- Pastalan, L. A., & Polakow, V. (1986). Life span over the life span. Journal of Housing for the Elderly, 4(1), 73-85.
- Poulin, N., & Leclerc, G. (1986). Le profil d'actualisation de soi des personnes âgées participantes. Le fonctionnement individuel et social de la personne âgée, Les Cahiers Scientifiques de l'ACFAS, (46), 135-172.
- Rakowski, W., & Cryan, C. (1990). Associations among health perceptions and health status within three age groups. Journal of Aging and Health, 2(1), 58-80.

- Ryden, M. B. (1985). Environmental support for autonomy in the institutionalized elderly. Research in nursing & health, 8, 363-371.
- Saup, W. (1987). Lack of autonomy in old age homes: A stress and coping study. Journal of Housing for the Elderly, 4(1), 21-36.
- Simon, J. (1990). Humor and its relationship to perceived health, life satisfaction, and morale in older adults. Issues in Mental Health Nursing, 11(1), 17-31.
- Streib, G. F., Folts, W.E., & Greca, A.J. (1985). Autonomy, power and decision making in thirty-six retirement communities. The Gerontologist, 25(4), 403-409.
- Sullivan, T. J., & Munroe, D. J. (1986). A self-care practice theory of nursing the elderly. Educational Gerontology, 12, 13-26.
- Teitelman, J. L., & Priddy, J. M. (1988). From psychological theory to practice: Improving frail elder, quality of life through control enhancing interventions. The Journal of Applied Gerontology, 7(3), 298-315.
- Tilquin, C., & Fournier, J. (1985). CTMSP 85: L'évaluation de l'autonomie et l'évaluation médicale du bénéficiaire. Bibliothèque Nationale du Québec et du Canada. Reproduit par le MSSSS avec l'autorisation de EROS.
- Vaillant, J. D. (1984). Qualité de vie et vieillissement: Conférence d'ouverture. Actes du 4e Colloque de l'Association Québécoise de Gérontologie, (9-20).
- Vallerand, R. J. (1990). Motivation chez les personnes âgées: Conséquences pour la santé physique et mentale. (Rapport CQRS No RS1135085). Montréal, Qué: Université Du Québec à Montréal, Laboratoire de psychologie sociale.

Wells, L., & MacDonald, G. (1981). Interpersonal networks and post-relocation adjustment of the institutionalized elderly. The Gerontologist, 21(2), 177-183.

Tableau 1

Coefficients de régression sur l'autonomie psychologique

Variables	B	Béta	t	p
Autonomie Fonctionnelle	2.80	.1706	2.55	.01
Santé	2.96	.1590	2.37	.02

(Constante 124.87)

 $R^2: .06$ $F(2,234)=9.20$, $p=.0001$

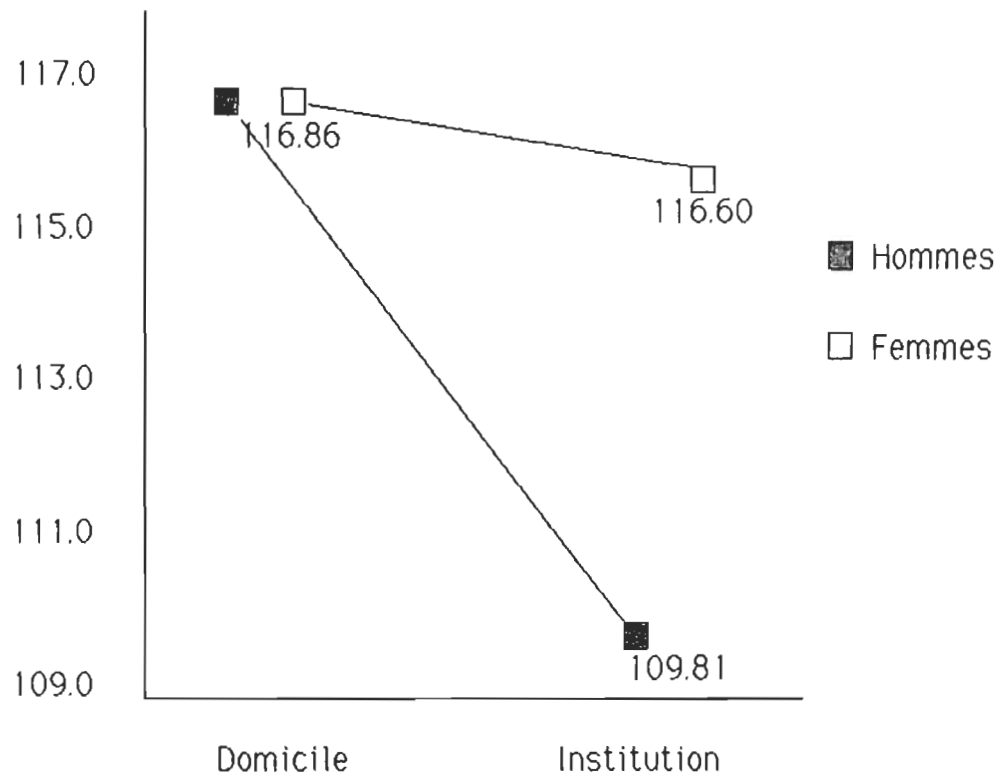


Figure 1

Graphique des moyennes de l'autonomie psychologique totale en fonction du lieu de résidence et du sexe.

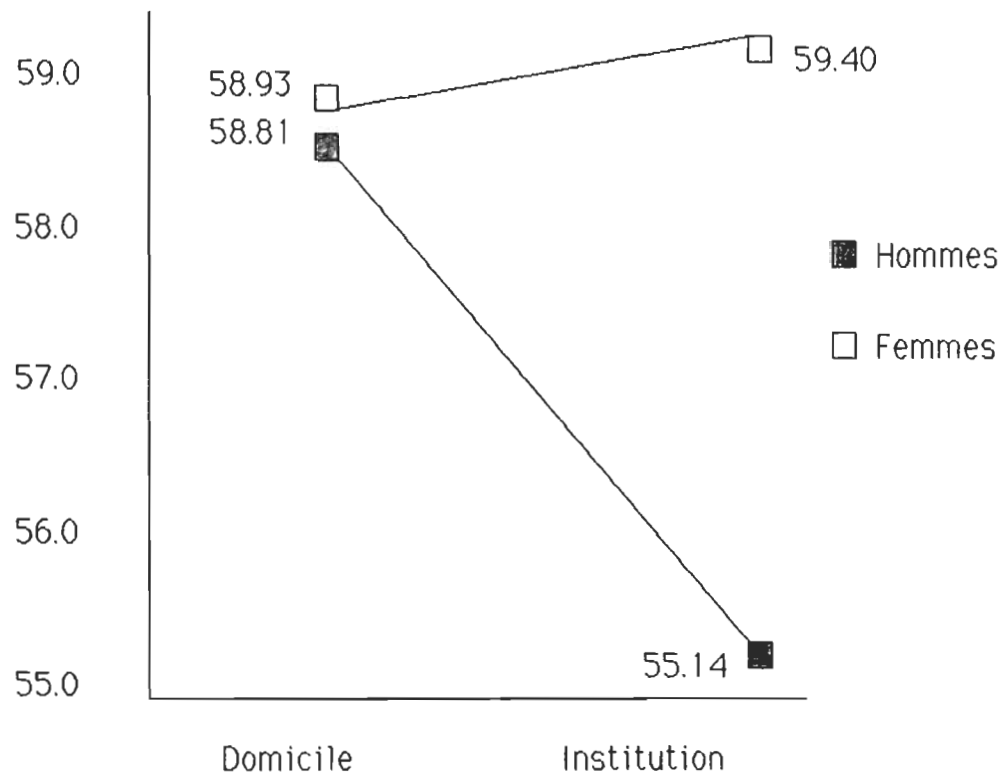


Figure 2

Graphique des moyennes de l'autonomie psychologique contrôle comportemental en fonction du lieu de résidence et du sexe.

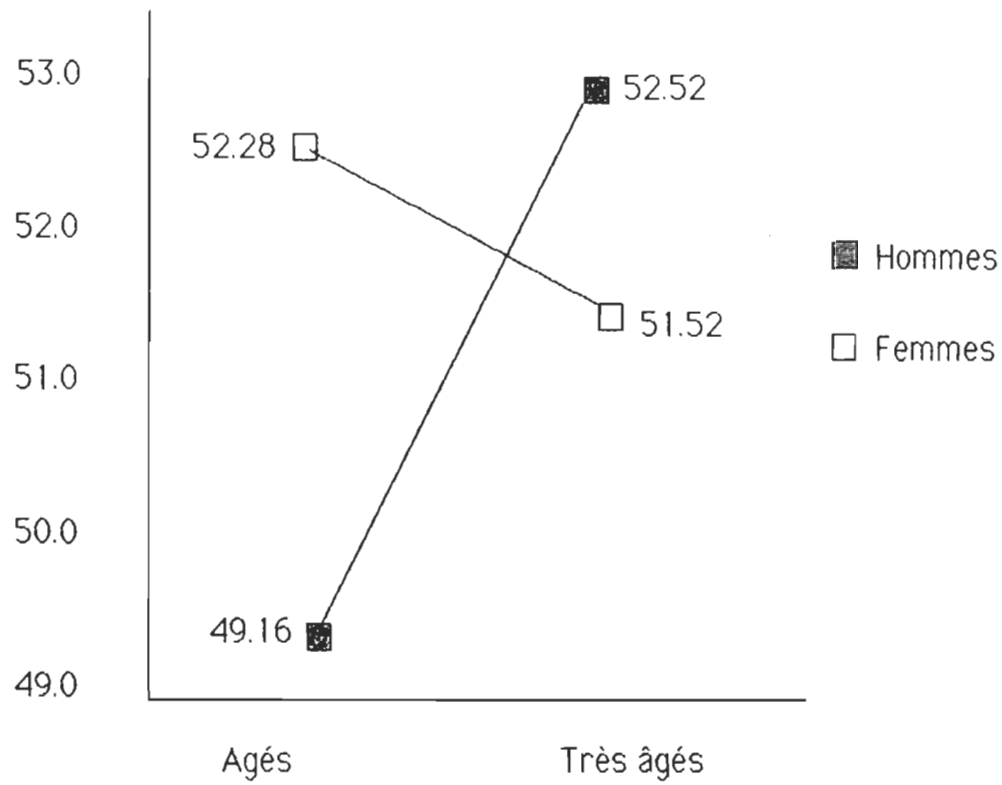


Figure 3

Graphique des moyennes de l'autonomie psychologique dynamique en fonction de l'âge et du sexe.

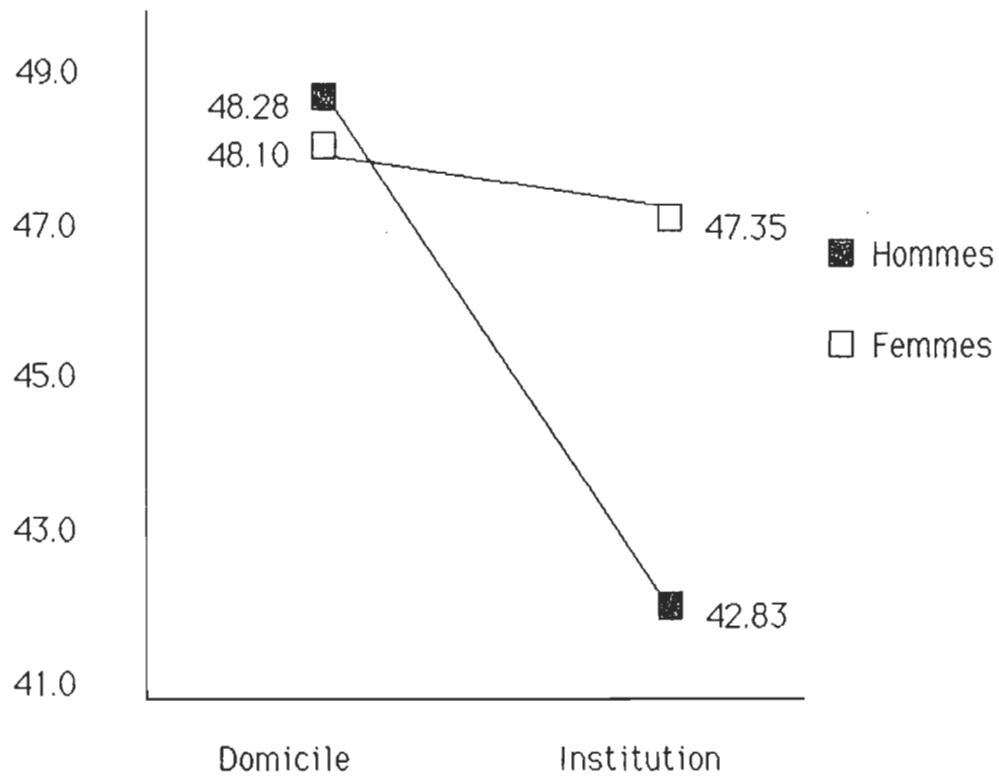


Figure 4

Graphique des moyennes de l'autonomie psychologique capacité en fonction du lieu de résidence et du sexe.